Faculté de Médecine de Paris

Année 1893 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 juillet 1893, à 1 heure

Par Pierre DARQUIER

Né à Cahors (Lot), le 23 janvier 1869

DE CERTAINES

PARALYSIES RÉCIDIVANTES
DE LA TROISIÈME PAIRE
(« **Migraine ophthalmoplégique** » de Charcot)

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. { POTAIN, *professeur.* BRISSAUD, NETTER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 **THÈSE** N° 387

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 juillet 1893, à 1 heure

Par Pierre DARQUIER

Né à Cahors (Lot), le 23 janvier 1869

DE CERTAINES

PARALYSIES RÉCIDIVANTES

DE LA TROISIÈME PAIRE

(« Migraine ophtalmoplégique » de Charcot)

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. POTAIN, *professeur.* BRISSAUD, NETTER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	QUENU	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE		
DÉJERINE	MARFAN		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A LA MEMOIRE DE G. SOUILLAC

A MA MÈRE



DE CERTAINES

PARALYSIES RÉCIDIVANTES

DE LA TROISIÈME PAIRE

(« Migraine ophtalmoplégique » de Charcot)

Pendant notre année d'externat chez M. Brissaud nous avons eu l'occasion d'examiner une femme qui était adressée à notre maître par M. le Dr Valude. Cette malade était atteinte d'une paralysie oculaire qui ne semblait en relation avec aucune des causes banales des ophthalmoplégies. Nous prîmes son observation, et sur le conseil de notre maître, nous fîmes quelques recherches dans la littérature médicale ; nous pûmes nous convaincre que, quoique n'étant pas décrite dans les traités classiques, cette affection avait déjà été observée assez souvent ; nous avons pu, en effet, recueillir vingt-sept observations françaises ou étrangères ; nous espérons pouvoir, de ce faisceau de documents tirer quelques conclusions : nous chercherons en effet à décrire la physionomie clinique et la marche de la maladie, à voir sur quelles bases on peut établir son diagnostic. Quant à la pathogénie, nous ne

pourrons malheureusement émettre que des hypothèses. Les autopsies sont en effet très rares et nous n'apportons rien de ce côté puisque notre malade se porte bien.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier nos chefs dans les hôpitaux. Nous avons été favorisé de ce côté : personne ne le niera lorsque nous nommerons comme nos maîtres : MM. Segond, Brissaud et Bar. C'est à la maison municipale de santé que M. Segond nous a montré ce que peut un clinicien éclairé doublé d'un opérateur impeccable. Quant à M. Brissaud, nous n'exagèrerons rien en disant que l'année passée auprès de lui nous a paru trop courte, que nous ne nous serions jamais lassé de le voir résoudre, avec une sagacité qui ne se dément jamais, les problèmes les plus ardus de la pathologie nerveuse. Tout le monde connaît la valeur scientifique de ces deux maîtres ; leurs élèves seuls connaissent leur grand cœur et savent jusqu'à quel point ils poussent la bienveillance pour ceux qui les entourent.

M. le Dr Bar nous a initié à la difficile science de l'obstétrique ; il nous a plusieurs fois montré qu'il nous portait de l'intérêt, nous l'en remercions vivement.

Nous conserverons toujours le souvenir de notre premier maître, le regretté professeur Damaschino, de M. Jalaguier qui nous a aidé et soutenu dans le courant de nos études. Enfin nous prions MM. Potherat, Florand, de croire à notre profonde gratitude. M. J. B. Charcot a été à la fois pour nous un maître et un ami : nous n'oublierons jamais l'année passée avec lui à Saint-Antoine.

M. Rochon-Duvignaud a bien voulu nous donner pour

notre travail des conseils de la plus haute valeur, nous l'en remercions vivement.

Nos amis Pigot et Cayla nous ont été de la plus grande utilité pour la traduction de certaines observations.

Enfin M. le professeur Alfred Fournier nous a fait, en acceptant la présidence de cette thèse, un honneur auquel nous ne saurions être trop sensible.

Lorsqu'on parcourt dans nos traités classiques les articles : paralysies oculaires ou bien l'article migraine, on ne trouve aucune mention du genre de faits sur lesquels nous voulons appeler l'attention. Les auteurs rappellent les causes ordinaires des paralysies oculaires : refroidissement, traumatisme divers, compression mécanique, lésions corticales, maladies de la moelle, maladies générales diverses : syphilis, alcoolisme, diphthérie, diabète. On ne trouve pas la migraine parmi les causes des paralysies oculaires. Il est vrai que, comme nous le verrons plus loin, certains auteurs soutiennent que l'énumération précédente contient la vraie cause de l'affection que nous voulons décrire, puisqu'ils veulentque ces ophtalmoplègies aient une lésion anatomique, une tumeur cérébrale pour véritable cause.

Ce n'est pas que des faits relativement nombreux n'aient été publiés sur cette question, et les recherches bibliographiques nous ont permis de rassembler vingt sept observations ressemblant de plus ou moins près à celle que nous apportons : quelques autopsies ont été faites, qui à vrai dire, ne jettent pas une lumière parfaite sur le chapitre pathogénie.

La première observation est de Gubler : elle a été suivie d'autopsie ; puis sont venues une foule d'observations étrangères que nous avons traduites et rapportées à la fin de ce travail. En France, nous n'en avons trouvé que

deux, une de MM. Parinaud et Marie, l'autre de M. le professeur Charcot qui a consacré à cette affection une de ses leçons cliniques.

Deux autres autopsies ont été faites à l'étranger par Weiss et Richter.

Dans toutes ces observations on voit se produire des paralysies oculaires, portant sur la troisième paire, sans que les membres, ni les autres nerfs crâniens (sauf quelques exceptions), participent à la paralysie. Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs et de vomissements : puis, après une durée variable, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à ce qu'un nouvel accès semblable au précédent vienne troubler l'état de santé du malade.

Voilà donc caractérisée en quelques mots cette affection pour laquelle on a proposé des noms différents : « paralysies récidivantes du moteur commun », « paralysies périodiques » ou à « exacerbations périodiques » enfin « migraine ophtalmoplégique » comme l'a proposé M. le professeur Charcot, qui montre ainsi que d'après lui, la nature de l'affection est franchement migraineuse.

Pénétrons maintenant plus avant dans l'étude des faits et tâchons de voir, d'après les cas publiés, si nous pouvons préciser l'histoire de ces paralysies et pour suivre un plan non moins commode que classique, étudions leur étiologie, leur symptomatologie, leur diagnostic, leur pathogénie enfin leur traitement.

ETIOLOGIE

La caractéristique de l'étiologie de l'ophtalmoplégie migraineuse est d'être, dans la grande majorité des cas, remarquablement négative. Les auteurs ont recherché avec soin les diverses tares organiques qui pourraient être invoquées, et dans l'ensemble des faits on n'en trouve aucune, qui, par sa constance, puisse être sérieusement invoquée. La diathèse que presque tous les observateurs ont cherchée et dont la présence n'a été constatée dans aucune observation c'est la syphilis ; on sait, en effet, quelle place tient cette affection dans les paralysies oculaires.

D'ailleurs l'étiologie des ophtalmoplégies laisse encore beaucoup à désirer, et nous pourrions citer le fait d'un homme observé récemment chez notre maître Brissaud, qui sans aucune cause apparente, sans syphilis, a été atteint d'une ophtalmoplégie totale bilatérale sans autre symptôme concomitant que la diminution considérable du réflexe rotulien. Cet homme, soumis quand même au traitement spécifique, a vu sa paralysie diminuer et la dernière fois qu'on l'a examiné, ses réflexes étaient presque normaux. Si on admet l'adage « *naturam morborum curationes ostendunt* » on est bien obligé d'admettre la syphilis ; mais comme notre maître par son interrogatoire et ses recherches n'avait rien relevé de suspect,

nous croyons qu'il vaut mieux avouer momentanément notre ignorance.

Mais revenons à notre étiologie. Dans quelques cas on retrouve une vague hérédité nerveuse. Dans le cas de M. le Dr Charcot, le père était mort saturnin, une tante était aliénée. Dans d'autres observations on invoque un traumatisme ancien de la tête, de mauvaises dents, un vent froid. Disons enfin que chez le malade de Joachim, ainsi que chez celui de Furst, on a noté l'épilepsie, soit du malade lui-même, soit des ascendants. Dans un seul cas, celui de Cantalamessa, on pouvait invoquer l'hystérie qui était manifeste chez sa malade.

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ces faits lorsque nous discuterons les diverses hypothèses faites sur la pathogénie de l'affection.

Les faits publiés montrent une remarquable fréquence, dans le sexe féminin, puisque parmi les vingt-sept observations que nous avons recueillies on ne trouve que huit malades du sexe masculin.

L'âge des malades est variable au moment où ils sont examinés, mais, dans presque tous les faits, le début des accidents datait de l'enfance, et à ce point de vue notre observation fait exception, car la première attaque de paralysie du moteur commun n'était survenue chez notre malade qu'à l'âge de 64 ans. Le fait d'Ormerod, malheureusement brièvement rapporté, semble se rapprocher du nôtre. Quoiqu'il en soit, le début se fait soit à six mois, deux ans, cinq ans, quelquefois mais rarement plus tard. La réapparition des crises se fait la plupart du temps sans motif apparent ; dans quelques cas, une

violente émotion (la nouvelle d'un décès, vive réprimande), a pu faire reparaître tout le cortège symptomatique : douleurs, vomissements, paralysie. On note assez souvent le fait que les jeunes sujets sont anémiques et chétifs.

Nous n'insisterons pas sur ce fait que la plupart des auteurs ont cherché sans les trouver les symptômes des diverses affections qui causent des paralysies passagères des muscles de l'œil (tabès, sclérose en plaques), et des intoxications diverses (saturnisme, diphthérie, etc.), qu'on aurait pu mettre en cause.

SYMPTOMATOLOGIE

Etudions maintenant la manière dont s'établit un accès : prenons le malade au moment où il entre à l'hôpital. Voici ce qu'il raconte en général : depuis plusieurs jours il souffre de douleurs violentes localisées dans une moitié du crâne; ces douleurs s'accompagnent d'un malaise général considérable, il y a des vomissements, de la courbature; puis au bout d'un temps variable, la paralysie s'établit et ne diffère pas en nature des paralysies ordinaires du moteur commun, lorsque toutes ses branches sont atteintes, c'est-à-dire qu'on a du ptosis, du strabisme externe, de la mydriase, de la paralysie, de l'accommodation, enfin au point de vue fonctionnel une diplopie croisée. C'est là le cortège symptomatique fondamental et qu'on retrouve dans toutes les observations avec quelques variantes que nous devons indiquer.

La douleur est constante et caractéristique : néanmoins deux observateurs ne la mentionnent pas; un autre a constaté son absence. Elle est généralement très intense, nettement unilatérale ou tout au moins à maximum latéral, et elle siège du côté de l'œil qui est ou sera paralysé quelques jours plus tard. Elle affecte des irradiations inconstantes vers la nuque, la partie supérieure du cou. C'est la région supra-orbitaire qui est le lieu le plus habituel du summum de la douleur. Dans quelques

observations (Manz, Ormerod, Darchkewitch) les points d'émergence du trijumeau étaient douloureux. Dans la grande majorité des cas, ils ne l'étaient pas. Chez la malade de Parinaud-Marie on la voyait intense le matin, portée au maximum à midi et réduite à une simple pesanteur le soir. Dans le cas de Wtadsworth la douleur paraît à midi, cesse à 3 heures, revient vers cinq heures et continue pendant quatre heures.

Dans un accès, la douleur précède toujours la paralysie; souvent elle persiste après l'apparition de celle-ci, mais, chose remarquable, dans un grand nombre de faits la paralysie, en apparaissant, donne le signal de la disparition des phénomènes douloureux. Le malade de Darchskewitch avait des attaques de migraine sans aucun phénomène oculaire s'intercalant avec celles où on voyait paraître les phénomènes paralytiques.

La durée de la période douloureuse varie d'un malade à l'autre et même chez le même malade. Ce fait n'est d'ailleurs pas indiqué dans toutes les observations. La durée la plus faible est de 36 heures (Hinde). Le professeur Charcot a noté un mois et trois semaines dans des accès successifs. Entre ces deux extrêmes se tiennent les autres cas, et le nôtre en particulier, dans lequel la durée était de quatre jours.

A côté de la douleur il convient de placer un symptôme dont la constance est presque aussi grande et qui a une importance considérable au point de vue de la recherche de la pathogénie, c'est le vomissement. Néanmoins dans quelques faits les vomissements ont fait défaut : c'est le cas dans la deuxième observation de Manz, dans celle de

Pfluger, de Joachim et dans la nôtre. Nous verrons que ce signe a été invoqué en faveur de la relation à établir entre l'affection que nous décrivons et la migraine ; il est vrai que les partisans de substratum anatomique y ont vu également un argument en faveur d'une tumeur cérébrale.

Ces phénomènes douloureux, ces vomissements amènent un état de malaise considérable ; les malades sont abattus, refusent la nourriture et ont souvent un état général relativement grave. Dans deux cas exceptionnels (Joachim, Cantalamessa) la malade était sans connaissance et faisait entendre de temps en temps une plainte étouffée.

Bientôt s'établit la paralysie ; très rapidement quelquefois : en une nuit, le malade s'est endormi avec ses yeux normaux ; en se réveillant il s'aperçoit qu'il ne peut plus en ouvrir qu'un ; plus lentement ; en trois ou quatre jours, progressivement.

Elle siège toujours du côté où se sont localisées les douleurs.

Dans quatorze cas la paralysie a siégé à gauche, dans huit à droite ; chez trois malades : Pfluger, Cantalamessa et la nôtre, les deux yeux furent pris, soit simultanément comme chez la malade de Cantalamessa, soit dans des attaques sucessives, comme chez celle de Pfluger et la nôtre.

Le premier phénomène qui frappe le malade c'est le ptosis, et lorsqu'il se fait examiner on trouve une paralysie du moteur commun portant sur toutes ses branches : internes et externes : ce fait est d'une constance remar-

quable puisqu'il n'y a qu'une exception : c'est le cas de Parinaud-Marie dans lequel le releveur de la paupière était intact. On doit donc trouver du ptosis, du strabisme externe, de la mydriase, et au point de vue fonctionnel des troubles dans les mouvements d'adduction, d'abaissement, d'élévation, enfin une diplopie croisée. La paralysie est le plus souvent incomplète ; les mouvements ne sont pas totalement abolis; la motricité de l'œil est considérablement diminuée ; mais les mouvements sont encore ébauchés.

Dans le cas de Gubler il y a un fait d'interprétation difficile c'est la contraction pupillaire au lieu de la dilatation qui aurait dû normalement exister (1).

Tels sont les trois symptômes les plus constants de l'affection ; à côté d'eux viennent se placer des signes moins fréquents, mais qu'on retrouve dans quelques observations : telles sont certaines altérations du fond de l'œil : papille mal limitée, vaisseaux dilatés (Saundby, Wtadsworth) fait exceptionnel, car dans la plupart des observations le fond de l'œil a été examiné et trouvé normal ; assez souvent l'acuité visuelle du côté malade a été trouvée diminuée (Manz) ; dans deux observations (Thomsen, Cantalamessa) on retrouve un phénomène intéressant : le rétrécissement du champ visuel ; le malade de Thommsen avait le champ visuel des deux côtés

1. Wernike a publié un cas de paralysie du moteur commun avec myosis; il attribue ce myosis à la propagation de la poliencéphalite vers le troisième ventricule : inflammation qui aurait excité le centre moteur du sphinctérien et aurait été suivi, si la mort n'était survenue, de mydriase paralytique.

rétréci ; mais du côté malade, le côté droit, le rétrécissement était beaucoup plus considérable ; mais le fait remarquable c'est que le rétrécissement paraissait avec la paralysie, était proportionnel à son intensité et disparaissait avec elle. La malade de Cantalamessa était hystérique, et l'observation ne mentionne pas si le rétrécissement que l'auteur a constaté pendant l'accès s'est accru à son apparition et a diminué ensuite.

Outre les phénomènes généraux déjà signalés : malaise, courbature, on a noté dans deux cas un léger mouvement fébrile, 38° le soir (Cantalamessa), il y avait de la fièvre, dit simplement Joachim. La malade de Wadsworth avait 39°.

Signalons encore des faits exceptionnels, tels que ceux de Thommsen, de Joachim dans lesquels on voyait survenir pendant les accès des attaques épileptiformes, localisées principalement du côté malade et s'accompagnant de perte de connaissance. La malade avait d'ailleurs plusieurs frères épileptiques.

Dans le cas de Wadsworth il y eut du côté des oreilles toute une série des phénomènes pathologiques dont l'auteur a tiré au point de vue pathogénique des conclusions très légitimes et sur lesquelles nous aurons à revenir. A chaque attaque violente et jusqu'à la fin de la période de migraine il y avait un écoulement de l'oreille droite tachant le coussin et demandant des lavages pendant plusieurs jours. Entre les accès les phénomènes du côté des oreilles disparaissaient.

Le spécialiste consulté constata la présence d'un polype qui remplissait le conduit auditif externe.

Une autre question se pose : que deviennent les autres parties du système nerveux, les autres nerfs crâniens, les nerfs des membres ; du côté des membres on ne trouve que deux observations où on ait noté quelque phénomène, ce sont celles de Hinde dont la malade prétendit avoir eu dans une attaque antérieure une légère parésie du bras gauche, c'est-à-dire du même côté que sa paralysie oculaire, et de l'hystérique de Cantalamessa qui eut une contracture des muscles postérieurs de la jambe après une paralysie oculaire bilatérale.

Du côté des nerfs crâniens la règle est qu'on ne trouve rien ; néanmoins il y a des exceptions, notre observation en fait partie; avec notre cas il faut ranger ceux de Pfluger, Cantalamessa, Furst, Saundby et Ormerod. La malade de Pfluger eut une paralysie passagère de son facial droit et de son facial gauche en deux attaques consécutives.

Pendant un accès intense de douleurs, Cantalamessa a vu apparaître une paralysie faciale droite avec une paralysie oculaire bilatérale. Saundby a noté une légère asymétrie dans le sillon noso-labial sans déviation de la langue.

Dans les deux cas le facial supérieur est intact. Enfin du côté de la sensibilité on voit de la paresthésie dans la moitié du front (Furst), des douleurs sur le trajet du nerf sus-orbitaire (Ormerod, Darkskewitch). Dans notre cas la paralysie faciale était très nette aussi et n'intéressait que le facial inférieur. Mais contrairement à ce qu'on a vu dans les autres observations elle a survécu à la paralysie oculaire, légèrement diminuée peut-être, mais encore appréciable. Nous n'avons rien trouvé du côté du trijumeau.

Tel est le tableau d'un accès caractérisé. Nous devons dire, en effet, qu'on a vu souvent des ébauches d'accès, un léger ptosis, un strabisme à peine appréciable, une pupille un peu paresseuse, succéder à des attaques remarquables comme intensité de la douleur et de la paralysie. Nous avons maintenant à voir comment et à quel âge survient la paralysie oculaire : comment se succèdent les attaques ; quel est l'aboutissant de cette affection.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

La date du premier accès observé n'est pas donnée dans toutes les observations : Clark, Bewoor, Sukling, ne donnent pas de renseignements à ce sujet.

Ormerod dit que sa malade était une vieille femme ; à ce point de vue, son observation paraît se rapprocher de la nôtre, où jusqu'à 64 ans il y a eu des accès de migraine sans qu'aucun phénomène oculaire s'en suivit.

Quoiqu'il en soit, dans les autres observations voici ce qu'on trouve :

11 mois. — Mobius.

18 mois. — Snell.

3 ans. — Grœfe.

5 ans. — Thommsen.

6 ou 7. — Parinaud, Wadworth, Hinde.

8 ans. — Snell.

10 ans. — Furst, Joachim, depuis l'enfance Weiss.

12 ans. — Saundby, Remak, Senator.

13 ans. — Von Hasner, Darkskewitch.

14 ou 15. — Manz.

17 ans. — Gubler.

18 ans. — Pfluger, Cantalameussa.

On voit que le début semble se faire surtout entre cinq et douze ans. Un fait à noter c'est que dans un grand nombre d'observations on a vu pendant longtemps la dou-

leur exister et s'accompagner de vomissements sans aucun phénomène oculaire.

C'est ce qui a eu lieu chez notre malade qui accuse dans ses antécédents de violents accès de migraine.

Au point de vue de la reproduction des accès et des intervalles qui les séparent il y a autant de variétés que de malades ; on peut même dire que chez un même sujet on ne trouve pas de périodicité. Un seul cas, très remarquable, celui de Von Hasner, semble donner une base à la prétention qu'avaient eu certains auteurs d'appeler ces paralysies périodiques. Les accès débutèrent à 13 ans avant la menstruation, furent mensuels avant son apparition et le restèrent ensuite. Dans d'autres cas on a vu le malade annoncer que son mal était nettement périodique, puis lorsqu'il a été soumis à l'observation, on a vu qu'il n'en était rien.

C'est le cas du sujet de Senator. Cette malade prétendait que ses accès coïncidaient exactement avec les règles, Senator eut la bonne fortune de l'examiner assez longtemps et il conclut que, pendant qu'il a observé la malade il n'a reconnu aucune périodicité et qu'il est difficile de croire à ses assertions quant à la périodicité antérieure. Nous pouvons donc rejeter résolument la dénomination de paralysies périodiques. Chez notre malade un an environ séparait les deux attaques dont elle a été atteinte ; signalons aussi l'observation de Pariaud-Marie dans laquelle la paralysie reparaissait « au printemps ».

Voici le dépouillement des observations recueillies.

Tous les quinze ou vingt jours (au moment de l'observation) Cantalamessa,

Tous les mois. — Von Hasner.

Quatre à six semaines. — Manz, Clark, Senator, Joachim.

Plusieurs mois (3-9). — Remak, Grœfe, Snell, Saundby, Thomsen, Hinde, Wadsworth.

Une fois par an. — Möbius, Weiss, Charcot.

Une fois tous les deux ans. — Saundby

Une fois tous les deux ans 1/2. — Furst.

Une fois plusieurs années. — Gubler.

Ormerod, Bewor. — Pas de renseignements.

Le groupe le plus nombreux est celui dans lequel les accès reviennent toutes les quatre ou six semaines et de trois à neuf mois.

La durée de l'accès est aussi excessivement variable d'un sujet à l'autre, et chez le même sujet nous verrons plus loin que les accès semblent en général devenir plus longs et plus intenses. Au moment où les observateurs ont vu les malades, voici la durée qu'ils ont constatée :

Manz. — Un jour ; souvent plusieurs jours et semaines.

Sukling. — Deux jours.

Cantalamessa. — Six jours.

Hasner, Clark, Hinde. — Quelques jours. Dans le cas de Clark la pupille reste dilatée.

Saundby. — Premier accès : une semaine ; le deuxième 14 semaines.

Remak. — Deux ou trois semaines.

Charcot. — Quinze jours et un mois.

Gubler, Thommsen, Pariaud. — De trois semaines à deux mois.

Möbius, Ormerod. — Deux à trois mois.

Snell. — Trois mois.

Grœfe. — Une demi année.

Weiss. — Douze jours, quatorze, trois semaines. Le dernier accès dure jusqu'à la mort.

Dans notre fait la première attaque aurait duré trois mois, la deuxième un mois seulement.

C'est presque toujours le même œil qui est pris dans des accès successifs ; mais ce fait n'est pas absolument constant ; dans l'observation de Pfluger, il y eut dans deux accès consécutifs une paralysie gauche et une paralysie droite. Chez notre malade, il y eut deux ans avant que nous l'observions deux accès consécutifs presque subintrants. L'œil gauche fut pris le premier, puis l'œil droit et deux ans après ce fut l'œil droit qui fut le seul pris. La malade de Cantalamessa eut une première attaque unilatérale à droite, puis une deuxième bilatérale.. Il nous semble que ce fait a de l'importance au point de vue pathogénique ; nous verrons, en effet, qu'il combat assez bien l'hypothèse d'une tumeur cérébrale dont la marche serait assez singulière pour troubler tour à tour les fonctions des deux moteurs communs.

Les accès, comme nous l'avons dit, n'ont pas de périodicité; bien plus les intervalles qui les séparent semblent le plus souvent diminuer de longueur ; les accès se rapprochent, augmentent de durée et d'intensité. C'est une règle mais qui n'est cependant pas absolue : dans le cas de Wadsworth les accès s'éloignent au contraire et au moment où se termine l'observation il y a sept mois que la malade n'a eu aucun phénomène douloureux ou oculaire.

Il en est de même pour le cas de Pariaud-Marie dans lequel la menstruation, qui parut à 15 ans; puis le mariage à 26 ans apportèrent successivement une atténuation dans la fréquence et dans la durée des accès. La malade de Cantalamessa a deux accès en moins de deux mois, puis se marie et l'observation note qu'elle ne présente rien d'anormal depuis plusieurs mois. Il en est de même pour la malade de Joachim. Mais c'est l'exception et dans presque tous les cas on voit les crises se rapprocher, augmenter d'intensité et de durée ; enfin, comme nous l'avons déjà dit, l'état parétique qui persiste dans les intervalles devient plus manifeste ; la paralysie tend à devenir permanente. Néanmoins à ce point de vue on a voulu établir des catégories : si en effet on recherche quel est l'état du nerf entre deux crises, on se trouve en présence de deux ordres de faits. D'un côté on voit tous les organes atteints, muscles et pupille, reprendre intégralement leurs fonctions sans que l'examen le plus minutieux révèle la paralysie dont le nerf a été affecté. De l'autre on voit une parésie qui se transforme de temps en temps en paralysie complète. Les observations du premier groupe sont celles de Graefe, Marie, Senator Furst. Celles du deuxième plus nombreux sont celles de Snell, Weiss, Richter, Remak, Wadsworth, etc. Ce dernier auteur nie même complètement les faits du premier groupe et croit à une insuffisance d'observation. Cette prétention nous semble au moins exagérée.

Quoi qu'il en soit, Senator avait cru, d'après cette particularité pouvoir faire deux catégories très distinctes : il appelait les paralysies du premier groupe : *paralysies*

périodiques, celles du deuxième : paralysies *périodiquement exacerbées*. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la périodicité. Mais faisons-en abstraction ; les faits sont-ils aussi nettement séparés que le veut Senator ? Nous ne le croyons pas ; si en effet on lit attentivement certains cas qui ont été longuement observés, celui de Joachim, celui de Darkskevitch, qui fait d'ailleurs cette critique, nous voyons que la paralysie reste pendant de longues périodes sans se montrer, et que rien n'est constatable ni au point de vue fonctionnel, ni au point de vue physique ; que lorsque les accès se rapprochent on voit encore pendant quelque temps tous les symptômes disparaître ; qu'enfin, plus tard, en même temps que la fréquence, la durée et l'intensité des accès s'exagère, une certaine parésie persiste dans les intervalles.

Si donc on acceptait l'opinion de Senator ces faits pourraient à des époques différentes être mis dans des groupes différents. Il semble plus logique de croire que la paralysie temporaire qui rétrocède complètement est le premier stade de la maladie; que la deuxième manière d'être est une conséquence, une deuxième période de la même affection, et non une affection nettement différente.

La durée de la maladie semble être très longue ; dans les observations déjà citées où on a vu les accès diminuer de fréquence ; dans les cas où les médecins ont pu rester une longue période de temps sans en observer de nouveaux, il semble que le temps d'observation ne soit pas suffisant pourqu'on puisse affirmer que la maladie a complètement disparu. Ne voyons-nous pas en effet cer-

tains malades rester dix ans (Darkskevitch) sans aucun phénomène pathologique, puis voir reparaître tout le cortège symptomatique disparu depuis si longtemps. Et pouvons-nous conclure de ce qu'une période de deux ans s'est écoulée sans accidents, que les accès ont disparu pour toujours. Si nous omettons ces cas exceptionnels il semble que l'affection dure toute la vie, et que le malade soit fatalement voué à voir, à intervalles plus ou moins égaux, les accès se reproduire. D'ailleurs l'affection est bien supportée ; les malades souffrent, sont dans un état relativement grave, au moment de la période douloureuse ; mais dans les intervalles la plupart des observateurs ont noté que la santé de leur sujet était florissante, l'appétit excellent et que l'état général ne se ressentait en rien de la période aiguë.

Dans trois cas l'affection s'est terminée par la mort ; mais dans un cas au moins, celui de Weiss, une cause de mort très nette semble devoir être invoquée ; la malade avait des lésions pulmonaires tuberculeuses bilatérales.

Le malade de Gubler présenta des phénomènes cérébraux très graves : délire, incohérence, anxiété respiratoire, qui se terminèrent par la mort. Celui de Thommsen est mort de gangrène pulmonaire.

En somme, il semble résulter de cette analyse que le pronostic est bénin puisque nous ne trouvons que trois cas de mort sur vingt-sept cas rapportés et qu'au moins deux d'entre eux ne peuvent être imputés à la seule affection nerveuse.

ANATOMIE PATHOLOGQUE

Ce que nous venons de dire indique à l'avance que les documents anatomiques sont peu nombreux. Dans les trois cas cités l'autopsie a été faite et a donné des résultats intéressants, mais dont l'interprétation, nous le verrons plus loin prête beaucoup à la discussion.

Gubler trouva autour du moteur commun paralysé, une « exsudation plastique abondante ». Weiss a trouvé de nombreuses granulations grises autour du tronc du nerf ; il n'y avait rien autour des noyaux. Enfin Richter a vu un fibro-chondrome développé sur le trajet du nerf à la base du crâne et ayant dispersé, mais non détruit, les fibres nerveuses.

Tels sont les documents que nous avons trouvés dans la littérature. Nous nous contenterons pour le moment de faire remarquer la diversité de nature de l'élément causal, et au contraire la remarquable unité de localisation, c'est-à-dire le tronc du nerf à la base du crâne.

PATHOGÉNIE

Cette singulière affection n'a pas manqué d'intriguer les observateurs et de nombreuses hypothèses dont aucune ne semble aujourd'hui devoir être exclusivement acceptée, ont été émises pour expliquer sa pathogénie.

Nous aurons à examiner dans ce chapitre plusieurs questions. La cause de la paralysie récidivante est-elle purement dynamique, ou bien a-t-elle un substratum anatomique ? Dans l'un comme dans l'autre cas, où doit-on localiser le processus perturbateur : écorce et centre, noyaux ou tronc du nerf ?

Et d'abord éliminons la névrose dont le nom vient immédiatement à l'esprit : l'hystérie ; dans un cas unique elle a été constatée nettement. Dans tous les autres cas les auteurs l'ont recherchée, et il est peu de faits où cette constatation négative ne soit consignée. Si on veut malgré tous accepter la névrose, il faudrait dire que sa seule manifestation consiste dans la paralysie à répétition de la troisième paire : ce qui serait invraisemblable étant donné les nombreux moyens que nous a donné l'école de la Salpétrière pour dépister la « grande simulatrice ». D'autre part, on sait que les paralysies oculaires dans l'hystérie sontd'une grande rareté.

Eliminons donc l'hystérie et discutons une deuxième

hypothèse qui a une grande vraisemblance : c'est celle de la relation de ces paralysies avec la migraine. A première vue cette relation semble s'imposer : hémicranie, vomissements, malaise général, tout cela ne constitue-t-il pas le complexus symptomatique de la migraine.

D'ailleurs, nous l'avons vu, de nombreux malades n'ont eu pendant longtemps que de simples accès de migraine et ce n'est que peu à peu qu'on a vu paraître la paralysie. Cette paralysie elle-même n'est pas en contradiction avec certains phénomènes incontestablement migraineux : tels sont, certaines hémiplégies passagères, de l'aphasie transitoire.

Cette opinion a néanmoins été contredite. Darkskevitch voudrait faire de l'hémicrânie et des vomissements des symptômes analogues à ceux qu'on rencontre dans les tumeurs cérébrales. Il lui semble difficile de considérer comme migraineuse une douleur qui dure quatorze jours (Mobius), deux mois (Marie), des vomissements qui durent huit jours. Enfin il y a les quelques faits où la paralysie s'est établie sans douleur. Ces objections ont leur valeur ; on ne peut le nier ; elles sont encore fortifiées par les trois autopsies dans lesquelles on a trouvé constamment des lésions anatomiques. Mais d'un autre côté, comment admettre une tumeur cérébrale apparaissant dans la jeunesse, se développant par secousses et admettant une durée aussi longue sans amener des désordres graves. Ce sont les arguments que fait valoir M. le professeur Charcot, et avec lui les partisans de la théorie migraineuse. Un autre fait semble aussi en contradiction avec une tumeur. C'est le retour à l'état normal, c'est ce fait

qu'entre deux crises, rien ne subsiste, trahissant l'attaque déjà passée.

Enfin dans les cas rares (Pluger, le nôtre), où il y a eu successivement une paralysie droite, puis une paralysie gauche, il semble impossible d'admettre une tumeur comprimant alternativement le moteur gauche et le moteur droit.

Quelques auteurs, Pfluger entre autres, sans insister sur la parenté avec la migraine, ont voulu rattacher les phénomènes constatés à des troubles circulatoires d'une nature mal connue. Pfluger compare ce qui se passe ici au glaucome, qui peut, tantôt laisser après lui la fonction intacte, tantôt produire des troubles qui restent permanents. D'après lui, suivant qu'il y aurait dans la région des noyaux œdème, avec ou sans hémorrhagie, il y aurait persistance d'une paralysie partielle ou guérison complète.

Nous venons de donner dans la discussion les arguments qui plaident en faveur d'une tumeur ; ajoutons que le fait que les paralysies deviennent plus complètes à mesure que le sujet avance en âge, qu'elles durent plus longtemps et finissent par devenir permanentes, est encore invoqué par Möbius, Saundby, etc.

Pour être complet, ajoutons que Wissering a voulu voir dans ces paralysies des phénomènes d'auto-intoxication et qu'il fait intervenir les ptomaïnes pour expliquer cette pathogénie.

Que conclure de tout ceci ? Il semble qu'on ne puisse invoquer une cause unique. Le phénomène constaté est le même ; les causes diffèrent suivant les cas. Il nous

suffira de rappeler le cas très intéressant de Wadsworth où il y avait une relation non douteuse avec l'affection de l'oreille et où il semble très logique de supposer une exsudation épaississant une portion de la dure-mère qui comprimait le nerf toutes les fois qu'il y avait dans l'oreille une poussée inflammatoire avec rétention du pus.

Pour nous, d'une manière générale, à la suite de M. le professeur Charcot, nous croyons à la parenté, à la relation de ces paralysies avec la migraine.

L'éminent professeur de la Salpêtrière résume ainsi sa manière de voir : « Il est clair que les productions bacillaires dans un cas, le fibro-chondrome dans l'autre, n'ont pas été les agents primitifs et uniques dans l'évolution du processus morbide. La périodicité des accès, la complète disparition des accidents dans leur intervalle, du moins à l'origine, l'ancienneté du mal ne permettent guère de l'admettre. C'est seulement par la répétition des crises que les lésions purement dynamiques et temporaires d'abord ont laissé subsister après elles un point d'appel, un lieu de moindre résistance sur lequel se sont fixés sous l'influence diathésique et indépendamment de l'affection migraineuse les produits néoplasiques. »

Cette manière de voir est très ingénieuse et en même temps très logique. Aussi nous y rallions-nous au moins dans la généralité. Mais nous nous permettrons de nous demander avec beaucoup de prudence, et en attendant de nouveaux documents, si on ne pourrait pas, comme le veut Senator, mais sans accepter les moyens qu'il donne pour diagnostiquer les deux cas, si on ne pourrait pas

accepter : 1° un groupe où l'ophthalmoplégie serait franchement migraineuse, dynamique ; 2° un groupe où l'on aurait une tumeur, une néoplasie quelconque, et qui simulerait d'une manière à peu près parfaite l'affection migraineuse. Ne voit-on pas chaque jour en système nerveux les névroses pures et les malades à lésions se simuler réciproquement. Nous avons vu dernièrement le professeur Charcot se déclarer incapable de dire si un malade qu'il présentait était atteint d'hystérie ou de sclérose latérale amyotrophique.

Il ne faut cependant pas se dissimuler que nous n'avons dans tout ce qui précède que des hypothèses plus ou moins ingénieuses, plus ou moins acceptables, et que de nouvelles autopsies sont nécessaires pour éclaircir cette pathogénie.

Où siège le processus pathologique. Est-il cortical, nucléaire, ou périphérique.

Les lésions corticales n'ont guère donné naissance qu'à de la blépharoptose.

De Grœfe a donné le premier en 1868 les deux symptômes caractéristiques des paralysies nucléaires : 1° Persistance de l'accommodation et des mouvements pupillaires, 2° intégrité relative du releveur de la paupière au milieu de la paralysie des autres muscles innervés par le moteur commun. Ces faits ont été confirmés par Gayer et Fœrster. Ces caractères manquent dans toutes les observations où, nous l'avons vu, tout ce qui est innervé par le moteur commun était atteint. D'ailleurs il semble difficile d'admettre du côté des noyaux un processus sujet à de fré-

quentes exacerbations et n'atteignant le plus souvent aucun autre nerf.

Nous sommes donc amenés *a priori* à reconnaître une origine basale. Les autopsies faites confirment de tout point cette manière de voir.

Quant à la périodicité elle s'expliquerait par des troubles circulatoires passagers : la paralysie apparaîtrait avec eux et disparaîtrait dès que la circulation reprendrait son cours normal.

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous n'avons pas l'intention d'insister sur le diagnostic absolu de la paralysie de la troisième paire; ce n'est pas le but de notre travail. Nous voulons indiquer comment on reconnaît ces paralysies récidivantes et avec quoi on peut les confondre. L'affection a, comme on l'a vu, une marche caractéristique. Le malade a souffert souvent de la tête dans son enfance ; puis à une époque plus ou moins précoce sont survenus les troubles oculaires avec leur cortège de douleurs et de vomissements. La disparition plus ou moins complète de tout ce tableau, sa reproduction après une période de calme, tout cela mettra sur la voie.

La maladie qui fait le plus volontiers des paralysies ressemblant à celles que nous décrivons, c'est le tabès. Mais dans l'immense majorité des cas les phénomènes douloureux, les vomissements manquent, et on trouve souvent des signes de la période préataxique.

Il est cependant des cas où on peut être embarrassé : on voit souvent à l'hôpital des malades qui arrivent avec une paralysie de la troisième paire : ces malades souffrent quelquefois de la tête. On les examine et l'examen le plus minutieux n'arrive pas à déceler la moindre diminution des réflexes, le moindre trouble de la sensibilité ; il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson.

La paralysie oculaire constitue toute la maladie actuelle. On annonce, et le plus souvent avec raison, que ce sont des tabétiques en herbe. Il faudrait bien évidemment se garder de voir dans ces malades des migraineux : ce sont des candidats au tabès.

Il faudra aussi toujours s'enquérir si le malade n'a pas de la syphilis ; nous avons vu que les paralysies migraineuses ou pseudo-migraineuses affectent le tableau de paralysies de cause basale. Or, les paralysies oculaires basales sont souvent aussi déterminées par diverses lésions syphilitiques : gomme, méningite scléreuse. Mais on n'a jamais signalé pour cette catégorie les phénomènes si nets d'exacerbation périodique, l'hémicranie, les vomissements, tout ce qui fait que cette affection doit être bien isolée et distinguée dans le groupe des ophthalmoplégies.

TRAITEMENT

Tout ce qui précède indique que la thérapeutique de cette affection est purement symptomatique. Calmer les douleurs avec de la morphine, arrêter les vomissements, lutter contre le malaise général, voilà tout ce qu'on pourra faire au début.

Plus tard, pour hâter la disparition des phénomènes paralytiques, certains auteurs ont électrisé leurs malades. D'autres ont donné l'iodure de potassium. M. le professeur Charcot a essayé le bromure de potassium et il semble qu'il ait été guidé dans cette thérapeutique par l'idée que ces phénomènes migraineux comme la migraine elle-même devaient se rattacher de plus ou moins près à l'épilepsie.

OBSERVATION I (Gubler, résumée).

B..., 35 ans, tailleur de pierres, entre le 25 janvier 1860.

Présente une chute de la paupière droite ayant débuté dix jours avant. Aurait eu une affection analogue en 1842, 1845, 1848.

Les deux premières fois la durée a été de dix jours. La troisième un mois. Le malade a toujours eu de violentes migraines.

Pas de syphilis, pas de tuberculose.

Du côté droit, ptosis. Adduction, élévation impossibles. Abais-

sement léger, dû au grand oblique. La pupille ne réagit pas à la lumière, elle est contractée.

Le 28. — Délire, incohérence, embarras de la parole.

Le 29. — Fièvre, délire, accélération des mouvements respiratoires.

Le 30. — La paupière droite se relève un peu.

Le 2 février. — Pouls lent. Anxiété extrême. Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de la dure-mère, écoulement considérable de sérosité sanguinolente, méninges de la convexité intactes. A la base, à l'intérieur de l'hexagone artériel, existe un épanchement plastique, sous arachnoïdien, de teinte laiteuse, plus abondant vers l'origine du moteur commun du côté droit.

A ce niveau la pie-mère est épaissie, blanche à sa surface externe ; sa surface interne très adhérente à l'origine du nerf à une couleur ardoisée. Le nerf est tout entier engagé dès son origine dans une trame fibreuse d'où il est impossible de le dégager. En avant le processus phlegmasique s'étend du côté droit jusqu'au nerf olfactif, en arrière à la pie-mère qui revêt la face antérieure de la protubérance.

Rien à l'intérieur du cerveau, du cervelet, ni du bulbe, si ce n'est une injection générale. Dans l'intérieur de la protubérance vers son bord inférieur et à 1 millimètre de la face antérieure, un petit caillot de la grosseur d'une tête d'épingle.

Observation II (Von Hasner. Résumée).

Jeune fille, 17 ans. Le début s'est fait à 13 ans. Il y avait douleur et vomissements précédant la paralysie du moteur commun qui portait sur toutes les hanches.

Les accès mensuels avant l'apparition des règles, le restèrent ensuite ; ils coïncidaient avec les règles ou revenaient peu de temps après. Le ptosis dure trois jours.

L'accommodation reste plus ou moins longtemps en défaut.

OBSERVATION III (Senator. Résumée).

H ...., journalière, 22 ans. Se présente le 4 novembre 1886. Ptosis. Paralysie de toutes les branches du moteur commun, internes et externes. Pupille dilatée, strabisme externe; diplopie. Fond de l'œil normal. Tous les autres nerfs normaux. Rien dans les urines; pas de fièvre.

Dans son enfance a eu à partir de 8 ans des douleurs de tête sans cause apparente. Les douleurs occupent toujours la moitié droite de la tête. Fatigue, vomissements, frissons.

Les douleurs durent trois jours, rarement un ou deux, et se reproduisent toutes les trois ou quatre semaines, et cela avant qu'elle fut réglée. C'est à 12 ans qu'elle s'aperçoit qu'elle a de la chute de la paupière et qu'en la relevant avec la main elle voit double.

A 16 ans deuxième apparition de la paralysie qui durent trois ou quatre jours.

A 17 ans paraissent les règles et les attaques de migraine se montrent peu de temps après ou pendant les règles. Depuis deux ans douleurs plus vives. La malade a accouché deux fois en 1884 et 1886. Pendant l'absence des règles, les attaques ont été aussi fréquentes et ont eu la même marche qu'avant, sauf peut-être que les douleurs ont été moins intenses.

Actuellement le fond de l'œil est normal.

Senator a observé par la suite cette malade et il résulte de l'observation que les nombreux accès qu'il a observés ont peu coïncidé avec les règles et ont encore moins paru périodiquement tous les mois; de sorte qu'on doit peu croire aux assertions de la malade au sujet de la pério-

dicité antérieure. Le dernier examen montre la musculature normale sauf la pupille qui est un peu dilatée.

Observation IV (Joachim. Résumée).

Meta K..., 10 ans. Le père et la mère sont cousins germains.

Quatre frères dont l'un a des attaques d'épilepsie. A 3 ans chute sur les débris d'une poupée; on voit encore la cicatrice sur le rebord orbitaire gauche. Au milieu de juillet 1885, douleurs de tête qui persistent jusqu'au 2 août, époque à laquelle la mère s'aperçoit d'un ptosis marqué. Joachim la voit le 3. Ptosis considérable de l'œil gauche. Mouvements d'élévation, d'abaissement presque supprimés.

Pupille dilatée ; ne réagit pas à la lumière. Photophobie, diplopie. Douleur lancinante au-dessus de l'orbite. Tous les autres nerfs et organes normaux. Urines normales. Au bout de quelques jours la paralysie rétrocède ; la petite revient à l'école. Lecture prolongée fatigue l'enfant et amène des douleurs de tête.

Le 30 août. — Nouvelles douleurs. L'enfant se couche. A 3 heures il survient des convulsions dans la *moitié gauche de la face.* La paralysie s'est produite. L'enfant est sans connaissance ; il y a de la fièvre. Etat stationnaire; les douleurs disparaissent le soir et la paralysie commence à diminuer. Huit jours après l'enfant se lève; il y a encore photophobie.

Le 15 septembre. — Nouvel accès. L'enfant reste couchée 14 jours, mais il persiste du ptosis et de la diplopie.

En novembre. — Le tableau déjà décrit se reproduit, mais la paralysie disparaît en trois jours.

Le 26 octobre 1886. — Nouvelles douleurs, nouvelle paralysie qui disparaît en 8 jours. Depuis cette époque il s'est produit plu-

sieurs nouvelles attaques qui ne diffèrent en rien des précédentes.

Observation V (Mobius. Résumée).

Jeune fille de six ans, présente le 1er avril parésie de toutes les branches du moteur commun. Rien du côté des autres nerfs oculaires. Pas de syphilis héréditaire. Signes de lymphatisme.

D'après la mère il y aurait eu à 11 mois déviation de l'œil sans qu'il parût y avoir douleurs ; tout disparut en trois jours. A trois ans pendant huit ou dix jours, douleurs, déviation de l'œil, ptosis. La paralysie met huit semaines à disparaître. Depuis cette époque la paralysie revient tous les ans et le début se fait en août le plus habituellement. Cette année le début s'est fait au printemps. Quatre semaines avant l'examen : vomissements et douleurs de l'œil droit. Vomissements durent huit jours. Paralysie de toutes les branches du moteur commun. Avec l'apparition de la paralysie coïncide la disparition de la douleur. Dix semaines plus tard il ne reste plus rien du côté de la musculature externe; une légère mydriase persiste. D'ailleurs dans les accès précédents la mère avait constaté que la pupille restait plus grande que celle du côté sain.

Observation VI (Furst. Résumée).

H... M..., 10 ans. Bien portant sauf quelques accès d'angoisse au début du sommeil. Pas d'épilepsie. Le 30 décembre 1885 maux de tête et vomissements. Depuis trois jours les phénomènes oculaires sont apparents. Enfant chétif et anémique. Paralysie du moteur commun gauche. Rien à noter au point de vue nerveux, sauf une zône de paresthésie plutôt que d'anesthésie dans la

moitié du front. Ptosis considérable, paralysie incomplète du droit interne, supérieur, petit, oblique mais moins considérable que celle de l'élévateur de la paupière.

Pupille dilatée, réagit mal. Fond de l'œil normal. Diplopie habituelle de la paralysie du moteur commun. Pas de syphilis.

6 février. — Muscles, pupille, paupière normaux. Pas de paresthésie du front.

26 mai 1888. — C'est-à-dire deux ans et demi après, la mère le ramène. L'enfant n'a rien eu depuis 1885 sauf un accès de douleur de tête sans perturbation oculaire. Il a une attaque avec vomissement durant depuis trois jours. Paralysie de toutes les branches du moteur commun. Le muscle le plus atteint est le droit interne. Mouvement d'élévation et d'abaissement peu atteints.

30 mai. — Amélioration. Ptosis et paralysie à peine appréciables. Légère diplopie. Pupille dilatée, mais réagissant bien.

6 juin. — Complètement rétabli. Pas de diplopie, pupilles et musculature absolument saines. Le malade sort.

Observation VII (Wadsworth. Résumée).

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — 6 frères ou sœurs, tous vivants et bien portants, à l'exception d'une sœur morte à 11 mois de congestion cérébrale, et d'une autre sœur jumelle de Pauline qui a présenté des symptômes intéressants. Elle a eu, à 3 ans (74) en même temps que sa sœur jumelle, la scarlatine à la suite de laquelle s'établit un léger écoulement de l'oreille. Trois ans après elle se plaint de maux de tête suivis de convulsions de plus en plus fréquentes et de cécité complète. A l'examen, névrite optique bien marquee, et dépôts blancs autour de la macula dans les deux yeux.

Pauline, le sujet de l'observation, a eu la scarlatine, à la suite de laquelle elle se plaint de maux de tête de plus en plus fréquents et d'une durée de plus en plus longue. La douleur est localisée à la région sus-orbitaire droite, commence vers midi, cesse à 3 heures et reparaît vers 5 pour durer pendant 4 heures. Vomissements, appétit diminué. Léger écoulement de l'oreille droite tachant le coussin ; état général cependant satisfaisant, à l'examen, collection purulente dans l'oreille droite, œil droit presque normal.

Au bout d'un an, après des alternatives de bonne santé et de malaise, s'établit une paralysie complète du moteur oculaire commun droit ; strabisme externe. Ptosis. Mydriase. Pas de diplopie.

La paralysie succède aux attaques de migraine et dure tant que la douleur existe ; puis diminue peu à peu, mais sans disparaître complètement bien que la malade prétende le contraire.

Les attaques diminuent de fréquence, d'intensité et de durée, mensuelles au début de la maladie, elles deviennent plus rares au point que, au moment où se termine l'observation, la dernière remontait à 7 mois.

Il faut noter aussi que l'écoulement de l'oreille persistait tant que durait la douleur ; l'examen fait par un spécialiste démontra la présence d'un large polype, comblant le conduit auditif externe.

Observation VIII (Clarke. Résumée).

Jeune fille de 12 ans. Attaques précédées de vomissements et de constipation, et caractérisées par une vive douleur dans la région sus-orbitaire gauche. Vue affaiblie ; pupille légèrement dilatée ; ptosis et strabisme externe durant seulement quelques jours ; la dilatation de la pupille durait plus longtemps ; les attaques revenaient toutes les six semaines. Les dents étaient très mauvaises.

Observation IX (Snell. Résumée).

Jeune fille de 8 ans, vague hérédité nerveuse ; présente en novembre 1883, les symptômes suivants : Ptosis complet de la paupière gauche ; divergence de l'œil, paralysie complète de la troisième paire ; fond l'œil de normal, hypermétropie ; elle souffrait en même temps de crises douloureuses dans la région sus-orbitaire gauche ; pendant lesquelles son œil était absolument fermé et ne se rouvrait que graduellement après la disparition de la douleur ; les attaques surviennent tous les six mois et sont absolument analogues à la précédente ; elles remontent à l'âge de 18 mois et paraissent consécutives à une chute dans laquelle elle se cassa la dent de l'œil.

Entre les attaques, l'œil gauche, quoique amélioré, était beaucoup moins libre que l'œil sain ; il y avait encore divergence, quoique la convergence fût possible ; les mouvements d'élévation et d'abaissement étaient très légers ; la pupille à peu près normale, et le pouvoir d'accommodation très léger aussi.

Observation X (Ormerod. Résumée).

Vieille femme ; présente une divergence de l'œil gauche ; pas de signe bien caractéristique de migraine, deux attaques rapportées à la commotion produite par de mauvaises nouvelles. Elles duraient deux ou trois mois et s'accompagnaient de douleurs sur le trajet du nerf sous-orbitaire. Le signe d'Argyll-Robertson existait ; le réflexe rotulien existait aussi.

Observation XI (Darkskevitch. Résumée).

P. Tem..., officier, 33 ans. Ni syphilis, ni alcoolisme. A 13 ans pour la première fois, chute de la paupière, qui s'établit très vite sans cause apparente.

Ne se souvient pas s'il y eut diplopie et maux de tête.

Rien pendant les dix années qui suivent.

En 1879, après avoir eu le typhus il a de fréquentes douleurs de tête qui reviennent une fois par mois, siègent dans la moitié droite du crâne avec nausées et vomissements. En même temps il survenait un ptosis passager. En 1886 et 1888 la fréquence s'accroît, et à cette dernière date les accès reviennent deux ou trois fois par mois. La diplopie et le ptosis étaient très marqués.

Actuellement paralysie de toutes les branches de la troisième paire. Droit externe et grand oblique intacts. Sensibilité diminuée du côté droit de la face.

La pression du nerf sus-orbitaire n'est pas douloureuse. Du côté des autres nerfs, rien à noter. Sensibilité et reflexes normaux.

Du 27 février au 31 mai plusieurs accès de douleurs avec paralysie durant quatre ou cinq jours. Plusieurs fois les douleurs de tête ont paru très intenses sans que la paralysie s'en suivit. Entre les accès les muscles ne reviennent pas à l'état normal ; il persiste de la parésie.

Observation XII (Remak. Résumée).

Brasseur de 22 ans, qui depuis sa douzième année souffre d'attaques caractérisées par vomissements, malaise, douleurs dans la tempe gauche s'accompagnant de photopbobie et de paralysie

de la troisième paire. Le tout dure deux ou trois semaines et survient ordinairement deux fois par an. Depuis deux ou trois ans les accès reviennent tous les trois mois et depuis quelque temps il persiste un léger degré de paralysie oculaire dans l'intervalle. Le champ visuel est normal.

Observation XIII (Charcot) (Résumée).

Femme de 35 ans, brocheuse. Troubles mentaux à la suite d'une fièvre typhoïde.

Vers l'âge de 15 ou 16 ans, migraine deux fois par mois. Vomissements, diarrhée. Durée de l'accès 7 ou 8 heures. Ces accès durent jusqu'à 23 ans, époque à laquelle elle est seulement réglée. Jusqu'en 1885 (30 ans), bonne santé.

Premier accès. — Février 1885. — Mal de tête dans la région pariétale droite et les profondeurs de l'orbite. Nausées, vomissements. La douleur paraît le matin, s'exaspère le soir : maximum à neuf heures : tous les jours pendant un mois. Elle cesse alors tout à coup et paraissent ptosis, strabisme, diplopie.

Deuxième accès. — Pendant un an, rien; en février 1886 céphalalgie de trois semaines, ptosis, strabisme, diplopie durent un mois.

Pendant trois ans petits accès avec paralysie durant deux ou trois jours. Le ptosis et la diplopie persistent à un certain degré entre deux accès. Vomissements se faisant sans effort au moment des crises.

Pas d'épilepsie partielle, pas de syphilis.

Troisième accès. — De novembre 1889 à janvier 1890 rien. Ce jour-là, elle va en Bourgogne, à la mort de sa mère. Le troisième accès éclate, vomissements et douleurs habituelles jusqu'au 20 février. Diplopie et strabisme le 6 mars. Quinze jours après le ptosis diminue, mais les douleurs reparaissent de temps en temps

et alors le ptosis augmente. Aujourd'hui 10 mars signes de la paralysie de la troisième paire. Réflexes normaux ou un peu exagérés ; pas de troubles de la sensibilité cutanée ; pas de douleurs fulgurantes, pas de signe de Romberg, surdité de l'oreille gauche.

Traitement bromuré. — Le 7 juillet. — Pas de ptosis, pas de diplopie, mouvements des yeux normaux. Les pupilles se contractent aussi bien à gauche qu'à droite ; à la lumière qu'à l'accommodation.

Observation XIV (Thommsen) (Résumée).

Malade âgé de 34 ans, sans tares héréditaires. A cinq ans a vu survenir une paralysie du moteur commun droit avec vomissements et douleurs localisées dans la tête et les yeux. Depuis lors le même cortège a reparu tous les ans avec les mêmes prodromes. La paralysie est complète (ptosis, droit inférieur, supérieur interne, petit oblique) ; paralysie de la pupille et de l'accommodation. L'état dure quelques semaines. Dans l'intervalle parésie de moyenne intensité. Depuis l'âge de 13 ans le malade souffre, en outre, de crises épileptiques survenues à la suite d'un coup sur la tête. Il est remarquable : 1° Que la paralysie s'établit avec des symptômes nerveux et psychiques ; 2° que le champ visuel des deux côtés, mais plus spécialement celui du côté droit, présente un rétrécissement proportionnel à l'intensité de la paralysie et paraît et disparaît avec elle.

Autopsie. — Le malade entre deux ans après dans le service de Richter et y meurt de gangrène pulmonaire.

Les nerfs de la base sont normaux, sauf le moteur commun droit qui, à son entrée dans la dure-mère a une forme de massue et plus loin est deux fois plus gros qu'à gauche. Le nerf est d'une belle coloration blanche. La dure-mère n'est pas épaissie. Les os de la base, la pie-mère, les autres nerfs oculaires n'ont rien de

particulier. Au microscope on reconnaît un fibro-chondrôme qui a dispersé, mais non détruit les fibres nerveuses.

Observation XV (Saundby) (Résumée).

Maria S..., 19 ans, entre à l'hôpital le 15 janvier 1880, se plaignant de nausées et d'écoulement des paupières gauches ; la maladie a débuté, il y a cinq jours, par un malaise, douleur sus-orbitaire droite ; la chute de la paupière droite survint peu après le début ; elle n'avait jamais eu de maladie grave, sauf la scarlatine à 4 ans, depuis lors sa santé a été bonne, mais elle a été troublée à partir de l'âge de 12 ans par des attaques analogues à la précédente, se reproduisant à 6 ou 9 mois d'intervalle, l'état des yeux était le même qu'aujourd'hni.

Actuellement elle se plaint surtout d'insomnie tant est vive la douleur sus-orbitaire gauche. Vertiges.

Examen des yeux. — OEil droit normal, mais l'examen ophtalmoscopique dénote au-dessus de la pupille une bande brunâtre suivant le trajet d'une artère. Vaisseaux très dilatés.

Œil gauche. — Ptosis ; paralysie de tous les muscles droits. Paralysie de la pupille; pouvoir d'accommodation nul. Astigmatisme. Pas d'antécédents héréditaires.

Le 21 janvier. — C'est-à-dire six jours après son entrée, les mouvements de l'œil étaient normaux ; sauf le mouvement d'élévation ; la pupille était encore un peu dilatée et ovale, à grand axe vertical. La douleur et les vertiges persistent encore de même qu'un léger degré de ptosis.

Saundby eut l'occasion de la revoir deux ans après ; et il constata les mêmes symptômes, les mêmes troubles fonctionnels qui durèrent plus longtemps qu'auparavant, si bien que le 7 juillet il pouvait encore constater du ptosis, de la paralysie du droit supérieur, de la dilatation de la pupille et un peu de diplopie.

Observation XVI (Saundby) (Résumée).

William P..., 7 ans, entre à l'hôpital en 1884 avec malaises et douleur dans la région sus-orbitaire droite ; un an auparavant il avait souffert dans la région de l'oreille droite; il avait eu un peu de ptosis de la paupière droite. Diplopie ; pas de vomissements, faiblesse dans le jeu des muscles de la face; pas de maladie antérieure ; sa mère signalait cependant un léger écoulement de l'oreille gauche. Antécédents héréditaires nuls.

A son entrée, outre la douleur signalée plus haut, il présente du ptosis de la paupière supérieure droite et parésie du droit interne. Diplopie, légère asymétrie dans les sillons naso-commissuraux, si bien que la bouche semble un peu tirée du côté droit ; la partie supérieure de la face est absolument normale, la langue n'est pas déviée. Etat général satisfaisant. L'examen des yeux est pratiqué et ne dénote aucune trace de paralysie des muscles moteurs de l'œil, ni d'altération au fond d'aucun des deux yeux.

Saundby n'a vu le malade qu'à la fin de son attaque, mais la constatation antérieure d'un cas analogue lui a permis de porter le diagnostic de migraine à répétition avec paralysie du moteur commun.

Observation XVII (Cantalamessa) (Résumée).

Elisa C..., 18 ans. A souffert dans sa jeunesse de mauvais traitements et de durs travaux. Bien réglée. Dans l'hiver 1888 maux de tête avec vomissements. Elle se couche. La céphalée persiste quatre, cinq, jusqu'à dix jours. En 1890, les accès se rapprochent. Elle entre à l'hôpital.

Malade pâle, affaiblie, dans le décubitus dorsal, émettant de

temps en temps une plainte. Muqueuses pâles. Souffle systolique.

L'œil droit présente du strabisme externe de la mydriase qui trouble la vision. Sensibilité diminuée dans toute la moitié droite (contact, douleur, chaleur) normale à gauche. Douleur de tête généralisée, ne s'exagérant pas à la pression, sauf sur les points de sortie de la cinquième paire. Douleur à la compression de l'ovaire droit. Réflexes normaux, sens musculaire normal; sauf le ptosis, rien dans le système musculaire.

Rétrécissement du champ visuel, surtout à droite, et hémianopsie chromatique. Léger mouvement fébrile (38°), accélération respiratoire. Calme relatif jusqu'à fin février. Ce jour-là nouvel accès violent analogue aux précédents, avec ptosis, strabisme, mydriase gauche. L'accès dure six jours ; les douleurs ne diminuent pas ; les phénomènes oculaires rétrocèdent. Période de calme jusqu'au 27 mars bien qu'il y ait eu un léger accès de ptosis.

Le 27 mars. — Céphalalgie intense. La paralysie oculaire est bilatérale, mais cette fois il y a déviation du visage. L'angle labial droit tombe pendant qu'à gauche il est attiré en haut. Rien dans la partie supérieure de la face.

Du 1er au 3 avril. — Amélioration ; la malade peut se lever ; léger tremblement des membres inférieurs.

Le 4 avril. — Nouvel accès ; calme jusqu'au 17. Le 17, mêmes phénomènes que ci-dessus.

Le 19. — Tout a disparu ; il ne reste qu'une légère contracture douloureuse des muscles postérieurs de la jambe.

Elle sort de l'hôpital. Cantalamessa la revoit en décembre. Elle n'a plus que de faibles douleurs.

Observation XVIII (Manz) (Résumée).

Cocher, 23 ans. Début à 14 ans. Accès toutes les 4 à 6 semai-

nes, sa douleur occupe le côté gauche. Frissons, malaises, soif, vertiges. Pas de vomissements. Paralysie totale de l'oculo-moteur gauche. A la suite du dernier accès la diplopie et le ptosis ont duré trois semaines.

Observation XIX (Weiss) (Résumée).

Jeune fille de 30 ans. Tuberculose des deux sommets. Le 2 septembre, jour de l'admission, rien d'anormal aux yeux. Le 8, paralysie totale du moteur commun gauche. La malade peu intelligente raconte cependant que depuis l'enfance elle est sujette chaque année à pareil phénomène. La paralysie était disparue le 20 septembre.

Le 14 octobre. — Nouvelle apparition de la paralysie qui dure jusqu'à la fin d'octobre. Au commencement de novembre rien d'anormal, sauf un léger ptosis. Le 20 novembre survient de la mydriase ; la pupille ne réagit ni à la lumière ni à la convergence. Les muscles innervés par le moteur commun sont inactifs. Fond de l'œil normal. Etat reste constant jusqu'au 11 décembre jour de la mort.

Autopsie. — Tuberculose des deux sommets. Le nerf moteur commun gauche est aplati, grisâtre ; à la sortie du pédoncule, nombreuses granulations grises de la grosseur d'un grain de pavot. Du côté droit rien d'anormal, ni dans les autres nerfs. Les muscles du côté gauche innervés par la troisième paire ont subi la dégénérescence graisseuse. Nombreux bacilles de la coupe par des granulations dans la profondeur.

Remarques. — Cette observation présente de l'intérêt à plusieurs points de vue. C'est d'abord l'absence complète de renseignements sur les phénomènes douloureux

et les vomissements qui semblent avoir totalement manqué. En second lieu c'est une des trois observations suivies d'autopsies.

Observation XX (Manz) (Résumée).

M. R..., jeune négociant, présente une paralysie totale du moteur commun droit. Ptosis considérable ; strabisme externe. Motilité en haut et en bas totalement supprimée. Pupille dilatée, sans mouvement. Acuité visuelle diminuée du côté droit ; l'œil droit est hypermétrosé. Diplopie peu marquée. Le malade se plaint d'une douleur térébrante dans la région de l'œil paralysé.

M. R... déclare qu'il souffre souvent de la tête depuis l'âge de 14 ou 15 ans. La douleur siège toujours à droite. C'est vers la même époque qu'apparaît la paralysie qui reparaît toutes les quatre à six semaines. La durée de la paralysie est très variable, elle a duré de un à quelques jours ; et, dans quelques cas, jusqu'à plusieurs semaines ; c'était même la règle dans ces dernières années. Entre les divers accès la douleur disparaît ; mais, d'après le patient, il reste toujours de la paralysie, un peu de ptosis, un léger strabisme divergent et de la diplopie lorsqu'on fait regarder fortement à droite.

Le deuxième jour la douleur de tête avait disparu. Ptosis moins marqué ; pupille réagit mieux. Lorsqu'il part au quatrième jour, la paupière est aussi élevée d'un côté que de l'autre. La pupille est normale. La motilité n'est pas parfaite, surtout dans l'adduction.

Observation XXI (Grœfe Mauthner) (Résumée).

Il s'agit d'une femme de 20 ans qui fit dans son enfance à 3

ans une chute qui lui fit une blessure au front dont on voit encore la trace. Au bout de quelques mois se montrèrent des phénomènes cérébraux : douleurs, vomissements et paralysie de l'oculo-moteur droit, sans trouble de l'intelligence. Cet état dura six mois ; puis tout disparut. Mais le même cortège symptomatique se reproduisit souvent à intervalles de plusieurs mois. Dans les derniers temps les intervalles entre deux attaques consécutives sont devenus plus longs. Mauthner conclut : la chute a dû produire une fracture de la base qui a eu pour conséquence un produit inflammatoire (exostose, ostéophyte), qui par des poussées périodiques a produit une compression ou une augmentation de volume de l'oculo-moteur commun.

Observation XXII (Hinde) (Résumée).

T. S..., 50 ans. Pas d'antécédents familiaux : pas de diathèse névropathique.

A l'âge de 7 ans, est atteinte de ptosis et de paralysie des muscles de l'œil gauche ; cette paralysie s'établit dans la nuit sans aucun prodrôme ; ni douleur, ni vomissements.

Trois jours après l'œil était revenu à l'état normal.

Deux mois après elle est prise de malaise, de vomissements et de douleur dans la région temporale : dans le courant du deuxième jour, 36 heures environ après le début, elle s'aperçoit soudainement qu'elle ne peut plus ouvrir l'œil gauche qui était en divergence ; les vomissements et le malaise cessent aussitôt.

Cette paralysie accompagnée de paralysie du bras gauche dure une semaine, rétablissement complet.

Trois mois après, nouvelle attaque semblable à la précédente, sauf une accentuationde la paralysie du bras gauche.

Jusqu'à 18 ans elle avait une attaque tous les 3 ou 4 mois

avec une certaine accentuation de tous les symptômes. Ceux-ci continuent encore à augmenter de durée, en intensité, et en fréquence, si bien que en 6 mois elle a 4 attaques et dans la troisième la migraine dura plus d'une semaine ; si bien que la quatrième survint avant la disparition de la précédente.

A partir de la cinquième attaque, on avait constaté un peu de ptosis et de strabisme externe persistant entre les attaques.

Aujourd'hui l'examen dénote du ptosis, de la divergence, de la mydriase. L'ophthalmoscope montre un fond normal et semblable pour les deux yeux. Actuellement la paralysie du bras gauche a disparu, même pendant les attaques. La langue n'est pas déviée ; les lignes faciales sont normales et les autres nerfs crâniens sont intacts.

Observation XXIII (Marie) (Résumée).

Femme de 26 ans. Début à 7 ans. La paralysie apparaît chaque année au printemps. Période douloureuse marquée par une névralgie orbitaire avec embarras gastrique et vomissements. Durée : huit à dix jours. Douleur constante, surtout intense le matin ; portée au maximum vers dix heures, s'apaise vers midi. Dans l'après-midi simple pesanteur.

La durée de la diplopie et de la chute de la paupière ont été souvent jusqu'à trois mois.

Les crises diminuent d'intensité à quinze ans à l'apparition des règles. Diminuent encore après le mariage à vingt-six ans.

Observation XXIV (Suckling) (Résumée.)

R. R..., 18 ans, entre à l'hôpital avec une chute de la paupière gauche et une paralysie complète de la troisième paire du même côté.

Il est sujet depuis son enfance à de violentes attaques de migraine qui augmentent de fréquence et d'intensité jusqu'à devenir bi-mensuelles ; une de ces attaques fut particulièrement violente et nécessita le repos au lit pendant deux jours ; la douleur atteignit son maximum au bout de 24 heures, et mit 24 heures à disparaître complètement ; pas de troubles oculaires, sauf un léger ptosis ; les attaques suivantes furent aussi suivies de ptosis, qui était d'autant plus accentué que la douleur avait été plus violente.

Dans deux circonstances, les attaques furent suivies de paralysie du moteur commun gauche ; la paralysie ne disparut qu'une semaine après l'apparition de la douleur. L'examen fait une semaine après le début d'une attaque montra la pupille gauche dilatée mais fonctionnant bien ; les mouvements d'élévation étaient défectueux et accompagnés de diplopie ; le malade prétend voir moins bien avec son œil gauche qu'avec son œil droit ; on observa une de ces attaques pendant laquelle la paralysie du moteur commun gauche était complète. Ajoutons comme particularité que chaque attaque était suivie d'une salivation très abondante, et que le cuir chevelu présente des plaques très douloureuses.

Observation XXV (Bernhardt) (Résumée).

C... propriétaire, 55 ans, a souffert souvent de la tête dans sa jeunesse. Sa mère était migraineuse. Il se rappelle qu'on lui a souvent reproché de loucher. L'œil est souvent dévié en dehors et es mouvements en haut, en bas, en dedans, deviennent difficiles. Il n'y a plus actellement ni diplopie, ni strabisme, ni ptosis. Depuis déjà longtemps les accès de douleur de tête qui étaient hebdomadaires se sont espacés. Pas de syphilis. Le malade n'est ni fumeur ni alcoolique.

Les réflexes patellaires sont normaux. Rien de plus à noter sauf une sensibilité exagérée des troisième et quatrième nerfs intercostaux.

Observation XXVI (Bernhardt) (Résumée).

Jeune homme, 19 ans. Mère nerveuse, souffre souvent de la tête. Le malade est pâle, chétif. A six ans il a eu à l'œil une affection pour laquelle on l'a électrisé. A 10 ans chute de la paupière, et pendant trois semaines il voit double. À 12 ans nouvelle apparition et depuis environ tous les deux ans. Au moment de l'apparition de l'accès, violentes douleurs de tête et vomissements. La douleur siège à gauche au-dessus de l'orbite ou vers la racine du nez. Il y a des accès de douleur sans paralysie. L'acuité visuelle droite est plus forte qu'à gauche.

Observation XVII (Wisering) (Résumée).

Jeune homme, 14 ans, souffre depuis l'âge de 9 ans de douleurs de tête localisées dans la partie droite du front. Ces douleurs reparaissent toutes les trois semaines environ et durent une semaine. Ces douleurs s'accompagnaient presque chaque fois, surtout lorsqu'elles étaient intenses d'une chute de la paupière supérieure droite. Ce fait a été souvent nettement constaté par le malade. En même temps il y avait un grand malaise et des vomissements. Depuis cinq mois le malade n'a pas souffert. Depuis le début de la maladie c'est l'intervalle le plus long qu'il y ait eu entre deux crises.

Actuellement ptosis considérable. Mouvements en haut, en bas et en dedans très diminués ; en dehors conservés. Pupille dilatée

réagit cependant à la lumière. Diplopie croisée. Rien au fond de l'œil.

Cet état persiste du 6 au 20 juin, et lorsqu'il sort, l'état de son œil est presque normal; néanmoins les mouvements ne sont pas encore parfaits. Dans le territoire du trijumeau diminution de la sensibilité. Dans le courant de 1888 le malade a plusieurs accès analogues revenant environ tous les mois. La durée était d'environ quatre jours. Plusieurs fois il n'y a eu que des douleurs légères sans phénomènes oculaires. Le malade a eu de plus un abondant écoulement de salive.

Le 16 mai 1889, on voit le malade, et on peut constater qu'il n'existe ni ptosis ni aucune parésie des mouvements de l'œil droit qui se font aussi bien qu'à gauche. Pas de diplopie. Pas de troubles dans la zone du trijumeau.

Observation XXVIII (personnelle).

H..., âgée de 65 ans, sans profession, se présente à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Mère morte phtisique à 30 ans.

Son père serait mort d'une sciatique.

A eu un frère mort jeune phtisique.

Une sœur morte d'un cancer à l'estomac.

Trois autres frères ou sœurs morts dans l'enfance de maladies mal connues.

Antécédents personnels. — La malade prétend n'avoir jamais été sérieusement malade, ne s'être jamais alitée depuis qu'elle se souvient. Elle avoue avoir un tempérament nerveux, pleurer et rire facilement, se mettre facilement en colère. Elle n'a jamais eu d'attaque, ni de perte de connaissance, et la recherche des stigmates de l'hystérie est négative. On ne trouve non plus aucun signe de syphilis, sauf ce fait que sur six accouchements, elle

a eu deux fausses couches, portant sur le troisième et le quatrième enfant ; pas de saturnisme ; pas de dipthérie récente ni ancienne.

La malade signale des accès de migraine qui revenaient à intervalles variables, quelquefois à deux mois d'intervalle, quelquefois une seule fois par an ; la douleur de tête était unilatérale et s'accompagnait de vomissements abondants et de diarrhée ; le tout durait un jour ou deux, rarement plus, et la malade attribue la disparition à la purgation qu'elle avait l'habitude de prendre dans ces moments-là.

On ne peut faire préciser à la malade la date de son premier accès de migraine : « depuis que je me souviens », dit-elle.

La ménopause s'est faite normalement sans aucun désordre, sans aucun accident.

Il y a deux ans environ, c'est-à-dire vers le mois de décembre 1890, la malade se plaint de douleurs localisées dans la région frontale *gauche*. La douleur n'apparaissait pas à heures fixes ; pas de maximum nocturne. Elle procédait par élancements ; enfin il y avait des moments de rémission où la malade ne souffrait pas du tout. Cette période dura quatre jours environ. C'est alors qu'apparaissent les phénomènes oculaires ; la malade remarque qu'elle a de la difficulté à faire certains ouvrages de couture ; puis, il se fait de la chute de la paupière et la malade compare l'état de son œil à cette époque à celui de son œil droit aujourd'hui ; il y aurait donc eu du strabisme ; quant à la diplopie, la malade ne se rappelle pas en avoir eu.

Mais l'œil gauche ne resta pas seul pris. Huit ou dix jours après, les symptômes que nous avons décrit avaient presque disparu, l'œil reprenait ses fonctions, le ptosis n'était plus appréciable lorsque des phénomènes absolument analogues apparurent dans l'œil *droit*. Des douleurs dont l'intensité et la durée furent égales à celles du côté gauche, précédèrent la paralysie du côté droit.

Cet état dura environ trois mois. L'œil droit pris le dernier se remit le dernier ; mais peu à peu tout disparut et la malade reprit ses occupations sans que rien d'appréciable persistât du côté de ses yeux.

Jusqu'au 3 décembre 1892, rien de nouveau, la malade allait bien ; elle n'avait pas eu de migraine lorsqu'apparaissent des douleurs analogues à celles qui avaient paru il y a deux ans. Le début s'est fait cette fois du côté droit.

La malade indique très nettement la région frontale et sus-orbitaire droite et des irradiations le long de la branche montante du maxillaire inférieur et vers la partie supérieure du cou. Ces douleurs subsistèrent pendant trois ou quatre jours ; puis l'affaiblissement de la vue, la chute de la paupière supérieure droite qui cachait la cornée et empêchait complètement la fonction de l'œil droit.

Au moment où elle se présente la malade souffre encore.

Ces douleurs sont intermittentes, sans heures fixes, presque continues avec des élancements. Surviennent rarement la nuit.

Aujourd'hui, comme il y a deux ans, tout ce cortège de phénomènes est survenu sans cause apparente, sans émotion violente et malgré les questions la malade répond : « c'est venu tout seul ».

Ce qui frappe d'abord c'est le ptosis de la paupière droite qui cache complètement le globe oculaire. Quand on commande à la malade d'ouvrir grands les deux yeux, elle peut élever partiellement sa paupière, mais on constate pendant cet acte une contraction de son muscle frontal qui essaie de suppléer à l'insuffisance du releveur de la paupière. On note aussi à première vue une légère asymétrie faciale, les plis du côté droit sont plus discrets dans la moitié inférieure de la face ; cette asymétrie s'exagère quand on fait rire la malade. La langue est aussi légèrement déviée du côté droit. Pas de déviation de la luette.

Du côté de l'œil, outre le ptosis déjà signalé, on note la dilatation de la pupille du côté droit, qui ne réagit ni à la lumière ni à la distance.

Au repos strabisme externe. Mouvement d'adduction à peine marqué, abaissement mieux conservé ; l'élévation est aussi à peine marquée ; l'abduction est intacte. La diplopie est difficile à mettre en évidence, néanmoins elle existe lorsqu'on porte l'objet dans la partie gauche du champ visuel.

Pas de rétrécissement du champ visuel. L'acuité visuelle est égale des deux côtés.

Du côté de la face, au point de vue de la sensibilité, rien d'anormal. Le contact, la piqûre, la chaleur, le froid sont aussi nettement sentis d'un côté que de l'autre.

Pas de douleur à la pression des points d'émergence du trijumeau. L'exploration de la malade au point de vue des réflexes et de la sensibilité reste absolument négatif. Le goût, l'odorat, l'ouïe sont intacts. Les urines sont normales. Pas de signe de Romberg ; la pupille gauche fonctionne bien.

La malade n'est pas revenue à l'hôpital. Le 28 avril, nous allons la voir chez elle grâce à la complaisance de M. Valude, qui nous a permis de retrouver son adresse aux Quinze-Vingts. Elle nous raconte que sa paralysie a duré environ un mois après sa visite à Saint-Antoine. Depuis cette époque, elle n'a rien eu du côté de l'appareil de la vision. Aucun accès de migraine n'est survenu. Elle a été grippée cet hiver et son médecin a trouvé de l'albumine dans les urines ; aujourd'hui elle est remise ; néanmoins, il y a encore de l'albumine dans l'urine ; rien au cœur.

La disparition de la paralysie oculaire est complète, aucune différence dans la hauteur des paupières ; pas le moindre strabisme ; les pupilles sont égales et réagissent bien ; tous les mouvements d'adduction, d'élévation d'abaissement sont parfaits.

Du côté du facial, il reste quelque chose, et quoique l'asymétrie

soit plus légère qu'en décembre, elle est encore appréciable ; la langue est encore un peu déviée ; rien à la luette, aucun trouble de la sensibilité de la face.

Rien du côté des membres ; reflexes et sensibilité normaux, aucune trace d'incoordination motrice; pas de signe de Romberg. Léger œdème de la partie inférieure de la jambe. La mémoire, toutes les facultés intellectuelles sont intactes tant par l'interrogatoire de la malade que par celui de ses proches parents.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GUBLER. — Gazette des hôpitaux, 1860, nº 17.

VON HASNER. — Prager medicinische Woch., 1883. Nº 10.

THOMMSEN. — Neurologie centralblalt, III, 23, 1884.

— Centralblatt für Nervenh. VII, 23, 1884.

RECHTER. — Arch. f. psych. und Nervenh. 1887.

MOBIUS.— Berliner med. Woch., 1885 et Schmitts Jahrbuch Bd. 207, 1885.

SNELL. — Société ophthalmologique de Londres, mai 1885.

CLARK. — id. id.

ORMEROD. — id. id.

SAUNDBY.— Lancet, 27 septembre 1882.

NEMAK. — Berliner Klinische Woch., 1885.

GRAEFE.— Arch. de Graëfe, 1864 et Handbuch der ges. Augenh, 1875.

MANZ. — Berliner méd. Woch., 1885, nº 40.

— id. 1889,

WEISS. — Wiener med. Woch., 1885, avril.

HINDE. — Med. Rec. New-York, 1887.

SUCKLING. — Brain. London, 1887-88.

FURST. — Centralblatt fur prakthicher. Augenh. Leipsick., 1888.

SENATOR. — Zeitschrift für Klinik medicin. Berlin, 1887.

WADSWORTH. — Boston med. and chirurg. Journal, 1887.

JOACHIM. — Jahrbuch fur Kinderh. Leipsick, 1888.

BUZZARD. — Lectures on disease of the nervous systein, 1887.

MAUTHNER. — Die Nuclearlahmungen der augenmuskeln.

— Wiesbaden, 1886.

— Die Lehre von der augenmuskeln Lahmungen Wiesbaden, 1889.

Cantalamessa. — Bulletin des sciences médicales de Bologne, 1891.
Charcot. — Progrès médical, 1890.
Babinski.— Arch. de Neurologie, vol. XX.
Armaignac. — Les ophthalmoplégies. Rev. gen. d'opth., 1892.
Pfluger.— Berliner Kl. Woch., XXII. N° 50.
Michel. — Zehenders Monatsblatt für Augenh., 1872.
Schafer. — Uber Hysterie bei Kinde Archiv. fur Kinderh. 1884.
Lieveing. — On Megrin and Sick-Leadache, 1873.
Galezowski.— Arch. de méd., 1878.
Pariaud et Bloch. — Archiv. de Neurol. N° 54.
— Annales d'oculistique j. et fév. 1885.
Wissering. — Munch. med. Woch., 1889.
Benhardt. — Berlin. Kl. Woch., 1889, 47.
Nieden. — Centralblatt für augesthelth, 1890.
Zichen. — Ibid.
Emmert. — Archiv. f. Aug. und Ohren V. p. 402.
Benhardt.— Beitrage zur Lehre, etc. Arch. f. Psych. Berlin, 1888.
Camuset. — L'Union médicale, 1876.
Grasset. — Traité des maladies du syst. nerveux.
Gubler. — Art. Migraine. Dict. Encyclop.
Thomas. — La Migraine. Paris, 1887.

Vu : le Président de la thèse,
FOURNIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Henri Jouve, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.